

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

93

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DROUILLÉ

Né à Mourmelon-le-Grand (Marne), le 25 Mars 1909

PSEUDO STÉNOSE

(Sténose pylorique fonctionnelle)

ET LAVAGE DE L'ESTOMAC
CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD ST-GERMAIN, 93

1936

REVUE DE L'ÉCONOMIE POLITIQUE

REVUE

1881

LE FONCTIONNAIRE

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DROULLÉ

Né à Mourmelon-le-Grand (Marne), le 25 Mars 1909

PSEUDO STÉNOSE

(Sténose pylorique fonctionnelle)

ET LAVAGE DE L'ESTOMAC
CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD ST-GERMAIN, 93

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N..
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri).. Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU..... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
 J. BEZANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de profonde affec-
tion.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRÉ

Professeur à la faculté de médecine

Médecin de l'hôpital Hérold

Chevalier de la légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR E. TERRIEN

Ancien chef de clinique infantile de la Faculté de Paris
Officier de la légion d'honneur

*A qui je dois le sujet de cette thèse.
Hommage de vive admiration et
de sincère reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Le terme de pseudo-sténose appliqué à un syndrome simulant la sténose pylorique du nourrisson semble avoir été employé pour la première fois par M. TERRIEN devant la Société de Pédiatrie de Paris (19 nov. 1929).

L'emploi d'une telle expression suscita des réactions diverses. Les auditeurs pour la plupart semblent s'être égarés sur la valeur du mot et sur l'intention de l'auteur qui l'employait.

Alors que M. TERRIEN voulait établir par l'emploi de ces termes une distinction purement pratique, on voulut y voir une classification permettant l'imprécision du diagnostic et tous les auteurs qui s'étaient intéressés à la symptomatologie de la sténose hypertrophique du nourrisson rappelèrent leurs travaux.

N'a t'on pas dit que s'il y a un mal de Pott il n'y a pas de pseudo-mal de Pott mais qu'il existe des erreurs de diagnostic ?

En parlant de pseudosténose pylorique, M. TERRIEN a pris soin d'indiquer qu'il s'agit avant tout d'une distinction pratique qui tire toute sa valeur de l'indication thérapeutique qui en découle.

L'importance, en effet, d'une telle classification est grande : il ne s'agit pas d'autre chose au fond que de rappeler qu'un syndrome de sténose pylorique doit être rangé dans l'une des deux catégories de cas suivants :

Les sténoses vraies immédiatement justiciables de l'intervention chirurgicale ;

et les autres dont on peut, dans certains cas au moins espérer la guérison, par des moyens purement médicaux.

Des groupes d'affections assez diverses en effet, par une sorte de mimétisme, se donnent les apparences de la sténose hypertrophique sans en avoir la nature (POUCEL), en réalisant le syndrome pylorique :

Les unes sont à lésions organiques apparentes (on pourrait presque parler de pseudo-sténoses chirurgicales (1)).

Les autres relèvent de troubles uniquement fonctionnels, ce sont *les sténoses fonctionnelles* ou pseudo-sténoses.

En insistant sur ce type d'intolérance gastrique M. TERRIEN se rattachait dans certains cas à l'existence d'une gastrite et montrait l'influence heureuse exercée par le lavage de l'estomac.

D'autres causes vraisemblablement pourraient encore être invoquées comme facteur de pseudo-sténoses. Je me propose dans cette courte étude d'en indiquer quelques-uns et d'insister surtout sur les heureux résultats obtenus par le tubage et lavage, en particulier lorsque ce syndrome relève d'une gastrite glaireuse.

(1) On pourrait ainsi appeler le syndrome décrit par MM. MAGENDIE et POUYANNE de Bordeaux (tableau de sténose pylorique par bride duodénale congénitale) et que nous avons mis à la suite de nos observations.

Avec celles-ci nous avons également rapporté un cas de sténose hypertrophique dû à M. TIXIER. Nous ne l'avons fait que parce que cette observation concorde pleinement avec notre sujet.

LE SYNDROME PYLORIQUE DU NOURRISSON

Le syndrome pylorique du nourrisson, se rencontre indifféremment chez les filles et les garçons, avec une préférence nette pour ces derniers. Cette élection pour le sexe masculin que les auteurs ont déjà notée pour la sténose hypertrophique, se retrouve également en effet dans les pseudo-sténoses ainsi que le montrent les quelques observations qui suivent ; de même, le caractère familial de la sténose noté par SCHREIBER peut être soupçonné dans les cas que nous considérons, par notre observation III où des vomissements graves sont survenus pour la seconde fois dans la même famille.

Le syndrome pylorique du nourrisson est essentiellement caractérisé par le trépied : vomissements — stase gastrique — dénutrition rapide consécutive à l'inanition résultant des vomissements répétés.

Le vomissement du syndrome pylorique ne diffère en pratique de ceux des autres groupes d'affections que par son irréductibilité devant les moyens ordinaires de traitement ; et de plus quels que soient ses caractères, son abondance, son horaire, en aucun cas il n'est pathognomonique de sténose ou pseudo-sténose.

Tantôt ils revêtent à leur début les caractères des vomissements des dyspepsies banales : régurgitations d'abord puis vomissements qui s'aggravent et prennent une acuité inquiétante.

Tantôt ils surviennent brusquement, intenses dès leur début, éveillant alors déjà l'idée d'une affection digestive grave.

Ils surviennent en général après un intervalle libre sur lequel on a insisté : on ne saurait pourtant lui accorder une importance particulière pour faire le diagnostic de sténose fonctionnelle ou organique. La plupart des auteurs lui reconnaissent une valeur moyenne de douze jours à un mois. Pourtant on retrouve dans les observations qui suivent : deux jours pour une sténose vraie (observation de P. TIXIER), douze jours pour deux pseudo-sténoses, et un intervalle nul pour une troisième.

Les vomissements, à mesure que dure la maladie vont prendre le plus souvent une allure plus caractéristique : leur abondance va s'accroissant, ils deviennent plus tardifs ; leur brutalité en même temps que leur intensité s'affirme : ils deviennent en général les vomissements tardifs explosifs, en jet que décrivent tous les auteurs.

La quantité de liquide rejeté a été l'objet d'une étude particulière de la part de M. LESNÉ : la double pesée avant et après le vomissement a permis, en effet, de constater que dans bien des cas, la quantité de liquide vomi était supérieure à celle qui avait été ingérée lors du repas précédent :

La stase que le cathétérisme et la radiologie mettent d'ailleurs bien en évidence, est en effet un des signes majeurs du syndrome pylorique.

Le caractère des matières vomies en est un autre indice : L'aliment, qu'on retrouve coagulé déjà est mélangé de salive déglutie, et de mucus de glaires qui lui donnent une viscosité particulière. Ce mucus a pour origine une gastrite glaireuse entretenue par la stase elle même.

L'abondance des glaires produite dans certains cas a permis à M. TERRIEN de penser que ce serait cette gastrite qui donnerait naissance à certains cas de pseudo-sténose.

La conséquence obligatoire de tels vomissements est une *dénutrition rapide* catastrophique pourrait-on dire, l'inanition est à peu près complète, la quantité de lait à qui il est permis de passer le pylore est si faible que les selles, en peu de temps, prennent les caractères du méconium : selles pâteuses, peu abondantes et verdâtres.

La chute du poids donne une idée exacte de la gravité du syndrome pylorique et en donne la mesure. C'est une chute, qui, dans les cas extrêmes, se marque sur les graphiques de poids par une ligne dont la pente se rapproche de la verticale. Trois cents grammes par jour parfois sont perdus par l'enfant dont l'état général devient rapidement mauvais.

Les signes accessoires du syndrome pylorique sont bien connus :

La tumeur pylorique qu'on a donnée pour patho-

gnomonique de la sténose hypertrophique sera toujours recherchée dans un cas de vomissements ayant un retentissement marqué sur l'état général. « Il arrive parfois qu'en déprimant la paroi abdominale à droite de la ligne blanche et très près d'elle (car le pylore hypertrophié se déplace vers la gauche) un peu au-dessus du niveau de l'ombilic, on sent une tumeur arrondie ou ovalaire grosse comme une noisette ou une noix » (MARFAN). Signe tardif qui d'ailleurs peut tromper : « car il a été constaté dans des cas où soit l'autopsie, soit l'intervention chirurgicale a montré l'absence de sténose hypertrophique » (MARFAN).

La tension intermittente de l'épigastre (signe de Bouveret) qu'on retrouve chez le nourrisson est un symptôme intéressant mais qui ne permettra pas d'affirmer le diagnostic. « L'exploration de la région sus-ombilicale, montre une saillie anormale de celle-ci contrastant avec l'aplatissement de la région inférieure de l'abdomen : en palpant, on note d'une façon permanente une résistance analogue à celle que donne un ballon de caoutchouc gonflé. Par moment la tension devient plus marquée (WEIL et PEHU).

Enfin à la période ultime, on pourra constater les mouvements péristaltiques visibles, apparents sous la paroi amaigrie de l'enfant.

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES ET LES RÉSULTATS DU TUBAGE ont une intérêt beaucoup plus grand.

Le cathétérisme de l'estomac qui d'ailleurs pourra

être le premier temps d'un lavage donnera des renseignements importants quant à la stase gastrique du patient ; il permet de déterminer celle-ci de façon plus grossière que la radiologie. Pratiqué de trois à quatre heures après le repas, il donne des résultats variables : tantôt il ne ramène rien, tantôt il montre la présence d'un liquide résiduel abondant, forme du résidu alimentaire (lait caillé) et de glaires abondants. Résidu alimentaire et liquide glaireux deviennent alors les témoins d'une stase gastrique anormale.

La radiologie fournit des résultats non moins intéressants : ses résultats ne sont pourtant pas décisifs : dans toutes les observations de pseudo-sténose que nous rapportons, le diagnostic de sténose avait été porté et l'indication opératoire établie après examen radiologique. On peut donc dire que la radiologie de la pseudo-sténose se confond avec celle de la sténose vraie, constituant la radiologie du syndrome pylorique.

Pourtant on a pensé qu'il était possible par ce procédé d'exploration de trancher le diagnostic entre la sténose vraie du pylore et la sténose fonctionnelle.

Il est particulièrement intéressant de confronter les résultats obtenus, selon M. MARFAN.

« Dans la maladie des vomissements habituels, l'étude de la perméabilité pylorique et du mode de l'évacuation de l'estomac montre que le trouble moteur, qui en est comme la condition, est un spasme total de l'estomac, auquel le pylore participe parfois,

mais auquel parfois, il ne prend aucune part. Au début, la contraction s'accomplit sur un muscle en état d'hypertonie. Plus tard, il peut se produire comme un épuisement des fibres musculaires et la contraction émétisante s'accomplit sur un estomac en état d'hypotonie.

« Dans la sténose pylorique : contractions péristaltiques violentes et de grande amplitude alternant avec des phases de fatigue, contractions d'ailleurs inefficaces ; retard très notable et insuffisance très marquée de l'évacuation gastrique. Présence de bouillie opaque cinq ou six heures après l'ingestion ; dilatation prépylorique. Aspect filiforme du pylore au moment de l'évacuation ; ce tableau donne une quasi certitude.

« Cependant quelques-uns de ces signes peuvent manquer, d'autres sont parfois difficiles à interpréter, de sorte qu'un premier examen peut laisser le diagnostic indécis. Aussi toutes les fois qu'on le peut et que les signes ne sont pas décisifs, faut-il répéter l'examen à plusieurs jours de distance. »

Tels sont les deux schémas que les différents auteurs avec M. MARFAN s'accordent à reconnaître au syndrome pylorique, réalisé d'une part par la maladie des vomissements habituels, d'autre part, par la sténose pylorique.

Il semblerait dès l'abord que des schémas aussi précis ne laissent pas de place au doute, la plupart des cas étant des plus nettement tranchés, que les pseudo-sténoses pyloriques ne puissent exister. Plus loin le même auteur poursuit :

« Ce diagnostic de rétrécissement pylorique, nous pensons qu'il ne faut pas le baser sur un seul ordre de symptômes. Le résultat de l'examen radiologique a certainement une très haute valeur pour l'établir. Mais si on se fonde uniquement sur lui, on risque parfois de se tromper. Dans certains cas il conduit à affirmer une sténose organique alors que celle-ci était absente ; dans d'autres, il a fait rejeter ce diagnostic, et l'opération ou l'autopsie ont montré qu'elle existait. Il faut établir le diagnostic, non pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de signes.

« Les plus décisifs sont la constipation, et l'examen de l'abdomen, le résultat de tubage gastrique ; celui de l'exploration radiologique, l'épreuve de traitement médical (MARFAN).

ÉVOLUTION DU SYNDROME PYLORIQUE

Il a été facile dans tout ce qui a précédé de grouper dans une même description des symptômes qui relevaient de la sténose organique et de la sténose fonctionnelle.

L'évolution pourtant est en général différente selon que le syndrome aura pour origine une hypertrophie du muscle pylorique ou un état transitoire de l'appareil digestif.

« Lorsque le rétrécissement congénital du pylore est abandonné à lui-même, la mort en est la terminaison habituelle (MARFAN).

« Les secours de la thérapeutique ne sont pourtant

pas à négliger : la guérison peut être obtenue dans nombre de cas, soit par l'intervention chirurgicale, soit par la thérapeutique interne. Après les interventions actuellement bien réglées, l'amélioration peut être rapide, la guérison complète. Dans les cas traités par les seuls moyens médicaux, les signes fonctionnels et même objectifs s'atténuent avec une lenteur désespérante, le tracé pondéral reste obstinément horizontal. Parfois l'état général s'aggrave, puis brusquement une amélioration survient. Hutchinson disait qu'au cinquième mois, les sténosés sont morts ou guéris (WEILL et PEHU). »

Cette évolution s'oppose pour ainsi dire point par point à celle des pseudo-sténoses. Dans les observations que nous citons, l'influence du traitement a été décisive. Le tracé pondéral a quitté brusquement son horizontalité désespérante.

Il est donc possible d'insister sur l'épreuve du traitement médical ; nous tenterons de mettre en évidence un point particulier de cette véritable épreuve diagnostique du traitement.

Le lavage de l'estomac dans la plupart des observations qui vont suivre semble avoir agi de façon remarquable et à lui seul à guéri les petits malades.

Dans les quatre premières observations, deux faits cliniques ont été remarquablement nets :

D'une part, la réaction au traitement par le lavage de l'estomac.

D'autre part l'abondance des glaires dans les vomissements.

Aussi M. TERRIEN n'a-t-il pas hésité à en faire une forme clinique particulière et à proposer une interprétation pathogénique sans autre but d'ailleurs que de satisfaire l'esprit du praticien qui serait appelé à mettre en œuvre un traitement médical d'épreuve dans un cas de vomissements, réalisant un tableau de syndrome pylorique.

QUELQUES CAS DE PSEUDO-STÉNOSE PYLORIQUE CHEZ LE NOURRISSON (1)

Observations de M. Terrien

(Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, 19 novembre 1929).

OBSERVATION I. — I. M. ; enfant de douze jours, au sein, pèse 3.500 grammes. Depuis la naissance, tous les repas sont rejetés ; essais infructueux. Le poids baisse sans arrêt. La situation est devenue assez préoccupante pour que le médecin accoucheur, dont le nom fait autorité, décide de conduire l'enfant à la clinique de la rue de la Chaise, pour s'y rencontrer avec le Professeur OMBREDANNE et moi même, radiographier l'enfant et l'opérer sans délai si le diagnostic de sténose pylorique paraît confirmé.

L'intervention apparaissant comme particulièrement redoutable chez ce nouveau-né n'ayant pas encore repris de poids depuis la naissance, et la précocité des vomissements laissant un doute quant au diagnostic, je conseille le traitement médical d'épreuve, lavage et régime. En 24 heures, l'enfant était

(1) Voir la note page 10.

guérie, les signes de pseudo-sténose s'étaient évacués.

OBSERVATION II. — Trois mois, enfant vu avec M. SCHREIBER. Coqueluche. Intolérance absolue avec rejet de lait et de glaires en extrême abondance.

Inanition à peu près complète — baisse de poids rapide — constipation opiniâtre avec retour des selles à l'état méconial, indice d'un obstacle absolu au pylore.

Les glaires sont en partie d'origine coquelucheuse — elles tiennent cependant le syndrome pylorique sous leur dépendance. Traitement habituel : lavage avec régime ; quelques vomissements persistent du fait de la coqueluche.

Mais le syndrome pylorique a disparu — les selles sont normales, l'enfant s'alimente et le poids remonte rapidement.

OBSERVATION III. — Enfant R..., cinq semaines, fils de médecin ; un frère a déjà succombé à des accidents d'intolérance gastrique, deux semaines après sa naissance a commencé à vomir ; les vomissements se produisent à chaque repas. Constipation — baisse de poids impressionnante ; le diagnostic de sténose paraît probable.

Cependant là encore, il ne s'agit que de pseudo-sténose : les accidents cèdent au traitement d'épreuve (lavage, régime). La courbe de poids progresse alors

normalement — à quinze mois, l'enfant dépasse sensiblement la moyenne.

OBSERVATION VI. — Martial Fr..., cinq mois (de Nantes), pèse à la naissance cinq kilogs ; actuellement, cinq kilogs 720 grammes soit un gain de 720 grammes en cinq mois.

Intolérance gastrique quasi absolue depuis la naissance ; des régimes multiples, toutes les variétés de lait ont été essayées sans succès. Vomissements tardifs et abondants. Le poids stagne et baisse peu à peu.

Une radio même a montré un grand retard à l'évacuation ; médecin chirurgien et radiologue ont alors pensé à une « sténose incomplète du pylore » ; c'est avec ce diagnostic que l'enfant est amené à Paris en vue d'une intervention.

1^o *Régime d'épreuve*. L'intervention cependant me paraît devoir être différée. Il manque pour cela, en effet, l'indication fondamentale ; la baisse de poids progressive et rapide. Un régime d'épreuve est tenté.

Petits repas épaissis sans lait : tolérés.

Les mêmes avec un peu de dryco : intolérance.

Petites bouillies sans lait : tolérées de nouveau.

Eau pure : intolérance.

Conculsion : intolérance non seulement pour les aliments lactés, mais pour tous les liquides.

2^o *Examen radiologique* (BARRET), 5 heures après l'ingestion de la bouillie de bismuth, l'estomac est vide.

Nouvelle prise de bouillie barytée ; le pylore reste

complètement fermé pendant une 1/2 heure ; rien ne passe. On arrive à faire franchir peu à peu le pylore par massage et expression de l'estomac ; en position couchée le passage se fait mieux que debout.

Au bout de 2 heures et demie, l'estomac est aux trois quarts vide.

Conclusion : spasme pylorique ; absence de sténose vraie.

3^o *Régime et ultra-violet* (Dr ARIES) ; — Régime des petits repas épais additionnés de caséinate de chaux. Soumis aux rayons (3 minutes, puis 4, jusqu'à 10 minutes). Les vomissements se calment ; l'enfant supporta des gros repas épaissis même au lait (non des repas liquides) eau 200 grammes, 4 cuillères à café de farine, 3 cuillères à café de farine, 3 cuillères de lait condensé (cinq repas).

Le 3 juillet (soit au bout d'un mois) : Pèse 6,920 ; a donc repris 1 kilogramme en un mois ; ne vomit plus.

Les dangers du traitement médical systématique. Les difficultés du diagnostic clinique de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

TIXIER et LEBERT. *Pédiatrie*, 1930, p. 177.

Bernard L., né à terme le 28 novembre 1929. Parents normaux, grossesse normale, avec seulement albuminurie et glycosurie passagère et légère chez la mère.

Poids à la naissance 4 kgs 100 grammes ; enfant nourri au sein, six tétées régulièrement espacées ; le poids n'a

pas été pris depuis la naissance, mais ce bébé semblait prospérer régulièrement. Au 15^e jour, début des vomissements, après chaque tétée, selles fréquentes, liquides verdâtres.

L'enfant est vu pour la première fois, par l'un de nous (E. LEBERT), le 17 décembre 1929, assez bel enfant qui vomit après chaque tétée ; s'il ne vomit pas après chaque tétée, il rejette la fois suivante une quantité de liquide plus grande que celle ingérée en une fois ; selles d'aspect, quelque peu méconial. Pas de mouvements péristaltiques visibles. Pas de perception d'olive pylorique ; les viscères sont normaux ; aucun signe d'hérédo-syphilis ; quelques râles de bronchite.

L'eau bouillie donnée pendant 48 heures avait été vomie comme le lait.

Traitement : continuation du sein, bains chauds ; léniforme dans les narines ; potion à base de magnésie, de bicarbonate de soude, de sirop de belladone, goutte à goutte sucré rectal ; pesée quotidienne.

Le 18 décembre, l'enfant vomit moins.

Le 19 décembre, reprise des vomissements, enfant plus fatigué, perte de poids de 30 grammes.

Le 20 décembre, nous examinons ensemble le bébé qui est encore assez beau ; il n'existe aucun des signes pathognomoniques de sténose hypertrophique du pylore, bien que les selles soient d'aspect un peu méconial. Nous prescrivons des lavages de l'estomac, des frictions mercurielles, et la continuation du goutte à goutte sucré rectal.

Le 22 et 23, deux lavages d'estomac chaque jour.

Le 24, l'enfant ne vomit plus ; suspension des lavages, l'amélioration se maintient jusqu'au 30 décembre.

Le 30 décembre, reprise des vomissements et chute du poids de 85 grammes en 24 heures ;

Le 31, même chute de poids.

L'un de nous est rappelé en toute hâte pour un état

syncopal des plus graves. L'examen a lieu à 11 h. 30 ; pour la première fois on constate à plusieurs reprises, des mouvements péristaltiques des plus nets. L'opération est aussitôt décidée, elle est pratiquée à 16 h. 30 par le Docteur MAINGEON (pylorotomie pour myome hypertrophique typique).

Le 1^{er} janvier température à 40 degrés, le 2 au soir 37,6, puis retour à la normale. Dès le lendemain de l'intervention, prise de lait Dryco par cuillerée à café ; le 3, biberons de 50 grammes ; puis progressivement, retour à l'alimentation normale de cet âge, en utilisant toujours le Dryco.

Les poids ont été les suivants :

31 décembre 1929, 3 kgs 100 grammes (nu).

3 janvier 1930, 3 kgs 860 grammes (bébé entouré d'ouate).

5 janvier 1930, 4 kilogs.

9 janvier 1930, 4 kgs 10 grammes.

Ensuite, retour au domicile des parents, avec augmentation des quantités de lait.

10 janvier 1930, 4 kgs 130 grammes.

11 janvier 1930, 4 kgs 170 grammes.

A ce moment l'enfant était redevenu tout à fait normal avec de belles selles jaunes, bien digérées.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter pour les raisons suivantes :

Tout d'abord, comme le fait très justement remarquer M. TERRIEN, le lavage d'estomac constitue un véritable traitement d'épreuve. A la suite de cette observation M. TIXIER ajoute :

« Il guérit les pseudo-sténoses, il améliore les sténoses mais, ne les guérit pas.

Des conclusions optimistes sont sans doute exactes

pour un enfant hospitalisé ou suivi dans un service modèle pourvu de tous les outillages d'exploration moderne, mais dans la pratique courante, nous ne connaissons pas de diagnostic plus difficile à poser que celui de sténose hypertrophique du pylore, et d'autre part la sténose hypertrophique du pylore est une maladie au cours de laquelle les signes de certitude sont tardifs et font défaut pendant la plus grande partie de leur évolution. Nous, n'en voulons pour preuve que les cas de pseudo-sténose du pylore rapportés par M. TERRIEN. »

De l'emploi du lait évaporé dans les vomissements par pylorospasme du nourrisson

Observation rapportée par M. MAILLET, le 17 décembre 1929 à la Société de Pédiatrie de Paris.

Fr., 3 mois, 3 kgs 850, envoyé pour sténose du pylore, est hypothyroïdique : nourri au sein maternel, vomit depuis quelques jours après sa naissance, à flots, en fusée. Constipation opiniâtre.

L'examen radioscopique conclut que le pylore, faiblement perméable est le siège d'un obstacle certain. Cet enfant très nerveux est hypoalimenté, le lait de sa mère étant insuffisant en qualité et en quantité. Le complétage par du lait ordinaire ne provoque pas de changement ; celui avec du lait évaporé amène très rapidement une amélioration des vomissements, et de la constipation. 5 jours de belladone complètent la guérison.

En quatre semaines, l'enfant gagne 1 kg. 650. L'état est transformé. Deux mois après, l'enfant est opéré d'urgence

pour invagination intestinale et guérit très bien ; l'opération a permis de constater que l'estomac était normal et le pylore indemne.

Syndrome de sténose hypertrophique du pylore sans sténose

Pylorotomie. Eviscération au 5^e jour. Guérison

ROCHER. *La pédiatrie pratique*, 25 septembre 1931.

Le 9 décembre 1928 le docteur SUERTÉGARAY, d'Hendaye m'adressait un petit bébé de trois mois présentant un syndrome de sténose pylorique dont le diagnostic était basé sur des constatations cliniques précises et un examen radioscopique.

Voici ce qu'il m'écrivait : depuis sa naissance cette enfant a toujours le même poids et j'ai été appelé à l'examiner pour des vomissements répétés ; étant donné la nature de ces vomissements en fusée, très abondants, l'état stationnaire du poids — les constatations radiologiques, je conclus à une sténose du pylore.

Les renseignements complémentaires obtenus de la famille m'ont permis de savoir que cette enfant avait été nourri au sein de sa mère pendant un mois, et qu'elle vomissait immédiatement après chaque tétée en fusée.

Croyant que le lait de sa mère ne convenait pas à l'enfant (l'examen avait démontré qu'il n'y avait pas de proportion suffisante de beurre et de sucre) le Dr SUERTÉGARAY ordonna alors du lait Gloria

pendant près de deux mois. Les vomissements continuent, l'enfant a de la constipation, dépérit ; on lui donne quatre jours avant de rentrer à la clinique du lait de vache et les vomissements se reproduisent. C'est alors que le Dr SUERTÉGARAY fit faire un examen radiologique le 8 décembre dont il nous a communiqué les schémas avec les annotations suivantes.

1^o Après le remplissage de l'estomac par la bouillie barytée, l'estomac se montre très dilaté ; grosse quantité de liquide résiduel ; contractions péristaltiques violentes, mais longtemps inefficaces.

2^o Six heures après la prise du repas opaque, l'enfant vomit quelque peu ; la bouillie est passée dans le grêle, mais la plus grosse partie est encore dans l'estomac.

12 heures après la prise du repas opaque, gros résidu gastrique.

Conclusion : sténose hypertrophique du pylore. Étant données les constatations faites par mon confrère le Dr SUERTÉGARAY, j'admets le diagnostic de la sténose hypertrophique du pylore, et je n'ose attendre plus longtemps pour opérer immédiatement cet enfant, quelques heures après son arrivée à la clinique, après l'avoir préparé par une injection de sérum glucosé et d'huile camphrée.

Intervention, le 10 décembre 1928. — Laparotomie transversale droite sous-hépatique. Je suis surpris de ne pas rencontrer l'olive pylorique et j'amène de la plaie opératoire un pylore non hypertrophié en forme

de petit anneau ; il n'y a ni lésion de compression, ni bride qui puissent m'expliquer par ailleurs ce syndrome de sténose.

J'hésite pendant quelques instants pour savoir si je ferais ou non la pylorotomie tant le sphincter paraît normal. Je décide de la pratiquer néanmoins ; celle-ci est faite avec la plus grande prudence, étant donné le peu de développement de l'anneau sphinctérien.

Suture en surjet de la paroi abdominale au catgut comprenant le péritoine et le muscle ; réunion de la peau par agrafe de Michel.

Les suites opératoires sont normales, l'enfant est d'abord nourri exclusivement avec des infusions et de l'eau sucrée. Le lendemain, on donne une cuillerée à soupe de lait coupé d'une égale quantité d'eau. Cet essai est reproduit plusieurs fois dans la journée, l'enfant vomit de temps en temps, mais par petites quantités.

Je fais venir en consultation le Dr ROCAZ qui m'incite à continuer prudemment et progressivement l'alimentation avec le lait et en augmentant la proportion de celui-ci.

Le cinquième jour l'enfant a commencé déjà à reprendre bonne mine et ne vomit que très peu.

Donc l'état général était en aussi bonnes conditions que possible, lorsque le bébé présente un incident grave de désunion spontanée de la paroi abdominale.

En effet, les agrafes s'enfonçant dans les téguments

ont déterminé de l'irritation, un peu de suppuration et je suis obligé de les enlever.

La petite douleur, déterminée par leur ablation incite l'enfant à pousser et brusquement je constate sous mes yeux la saillie d'anses intestinales grêles au travers de la peau qui se désunit.

Immédiatement, je saisis un paquet de compresses stérilisées pour empêcher que tout le paquet intestinal ne sorte par la plaie opératoire et je fais donner par la sœur de la clinique l'anesthésie au chloroforme. Avec précautions et après avoir nettoyé les anses intestinales avec un peu d'éther, et avoir fait une antisepsie aussi parfaite que possible des bords de la plaie irritée par les agrafes, je fais une suture par points séparés au catgut n° 2 de la paroi et une suture au crin de florence, comprenant non seulement la peau, mais également le plan superficiel de la paroi musculo-aponévrotique.

Depuis ce moment, l'état de l'enfant s'améliore progressivement, l'alimentation est prise peu à peu.

J'ai reçu des nouvelles de cet enfant, il y a un mois; son développement est régulier.

Sténose fonctionnelle pylorique-duodénal du nourrisson

Par MM. Jean CATHALA et GOUYEN, *Société de Pédiatrie*,
18 décembre 1934.

B..., Madeleine, née le 5 mai 1934, est amenée à la consultation des Enfants-Malades le 6 août 1934. A

la naissance, elle pesait 3 kg. 560, c'était, nous dit-on, un très beau bébé. A 40 jours, elle pesait 4 kg. 250. A 3 mois, quand nous la voyons, elle ne pèse que 4 kg. 280. Son état est des plus médiocres. Maigre, les joues flasques, le teint gris, le masque douloureux, elle évoque l'idée d'une hypothrepsie grave avec intoxication digestive chronique, mais rien de l'état toxique cholériforme.

Les vomissements sont le maître-symptôme. Ils ont commencé dès les tout premiers jours de la vie et n'ont pas cessé depuis lors. Ils n'ont pas le caractère de vomissements explosifs en fusée. Ils se reproduisent à plusieurs reprises, dans l'intervalle des tétées. Les selles ont toujours été normales. Les urines ne paraissent pas particulièrement rares. L'enfant a toujours été nourrie artificiellement et différents changements de lait n'ont, en aucune manière, agi sur les vomissements.

Dans cette famille, il y a 3 enfants. L'aînée, âgée de 13 ans, a été élevée sans aucun incident. Le cadet, 11 ans, a présenté comme notre petite malade des vomissements graves qui ont commencé dès les premiers jours de sa vie et qui ont cédé spontanément vers le septième mois, à l'alimentation concentrée.

Le diagnostic de sténose du pylore ne nous paraît pas devoir être retenu. Néanmoins, l'enfant est radiographiée. Voici la note qui nous est remise : « Une première série de clichés a été faite une heure et demie après ingestion de baryte. L'estomac est volumineux, gonflé par l'air ingéré en même temps que le

repas opaque. Il existe, prolongeant la région antrale, une sorte de poche avec niveau liquide net surmonté d'une bulle d'air : diverticule ? estomac biloculaire ? ou mégaduodénum ? Le pylore est perméable et les anses grêles commencent à se dessiner. »

Nous restons assez incertain sur l'interprétation de cette image et faisons faire dès le lendemain un second examen.

« Deuxième série de clichés, enfant à jeun et absorption de baryte sous l'écran. L'aspect est celui d'un volumineux estomac avec spasme très accentué du pylore. L'image constatée la veille ne se retrouve pas. Au bout de deux heures environ, il n'est rien passé dans le grêle. On pense cette fois à une sténose du pylore, en voie de constitution, mais cela n'explique pas l'image constatée sur les premiers clichés. »

Personnellement, nous ne croyions pas à la sténose du pylore et nous inclinions à penser que l'image si anormale constatée à un seul des deux examens n'était que la conséquence d'un défaut de remplissage de l'antra pylorique, sans obstacle ni malformation pyloro-duodénale. Entre temps, les réactions de BORDET-WASSERMANN et HECHT du père, de la mère et du bébé sont reconnues négatives. D'ailleurs rien cliniquement ne permettait de penser à la syphilis. Nous essayons donc de traiter l'enfant comme un vomisseur par les régimes.

Du 6 août au 26 septembre, l'enfant est suivie régulièrement. Nous obtenons une amélioration évidente de l'état général et de la croissance, puisque, en

50 jours, l'enfant prend 500 grammes, et atteint 4 kg. 780. Mais ce résultat n'est pas acquis sans de multiples incidents et de fait, le 26 septembre, il reste le grand vomisseur qu'il a toujours été depuis sa naissance.

Des lavages d'estomac, une alimentation épaisse avaient donné tout d'abord un résultat remarquable : disparition des phénomènes d'auto-intoxication par stase gastrique, cessation des vomissements, gain de 340 grammes en dix jours. Mais ce résultat était singulièrement précaire. L'enfant, suralimenté à la farine fait une diarrhée grave des féculents que l'on parvient difficilement à arrêter par un régime de bouillies maltées.

Mais il recommence à vomir et, par conséquent, à reperdre du poids.

Une tentative d'alimentation par les bouillies d'aleurone, prescrites, en se rappelant les intéressantes observations de M. LEVESQUE, présentées ici même, doit être interrompue très vite, car l'enfant fait des phénomènes toxiques avec fièvre, sans que les vomissements cessent.

Retour aux bouillies maltées, amélioration rapide de l'état intestinal, mais reprise progressive des vomissements.

Ni le gardenal, ni la potion de MAREFAN (belladone-bismuth) ne donnent de résultats.

A partir du 13 septembre l'enfant est maintenue péniblement autour de 4 kg. 700. Les vomissements

augmentent. Les lavages d'estomac ne parviennent jamais à les faire cesser plus de 24 heures.

Nous constatons avec une parfaite netteté des contractions péristaltiques. Et malgré les arguments qui nous avaient de prime abord fait éliminer fermement le diagnostic de sténose du pylore, progressivement nous revenons à penser qu'il s'agit d'une sténose assez peu serrée, mais qui cependant doit exister.

Un examen radiographique du 26 septembre montre un estomac très dilaté dans le sens transversal, l'image pylorique confine au flanc droit, l'antrum prépylorique paraît dilaté, mais le bas-fond reste à 2 centimètres au-dessous de la ligne bis-iliaque et ne s'élargit pas en cuvette. Sous l'écran, on ne constate pas nettement le syndrome de lutte pylorique. Cinq heures après ingestion de baryte, l'évacuation est presque nulle, et il y a une forte proportion de liquide de stase.

Cette fois nous croyons que la sténose est manifeste.

Nous avons montré ce bébé à notre collègue FÈVRE. Celui-ci sans contester l'existence d'un obstacle pylorique ou sous-pylorique a refusé le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore et devant les risques éventuels d'une intervention, qui pourrait être plus étendue et plus grave que la simple pylorotomie extra-muqueuse, il a conseillé ; 1^o de différer toute intervention ; 2^o d'essayer, à titre d'épreuve, de maintenir l'enfant couchée sur le ventre pendant la digestion,

la sténose pouvant être fonctionnelle et non pas organique.

Ce conseil a été sauveur. Rapidement les vomissements ont cessé, la progression a été rapide en même temps que le bébé trouvait gaité et ardeur à la vie.

De 4 kg. 710 le 29 septembre (4 mois et demi), le poids est monté à 6 kg. 380 le 11 décembre (7 mois), avec un régime simple de bouillies maltées, de lait concentré, et de purées de légumes.

Tableau de sténose-pylorique, réalisé par bride duodénale congénitale

Par MAGENDIE et POUYANNE de Bordeaux. *Pédiatrie*, 1934, p. 250.

Marie F..., âgée de cinq semaines, est amenée le 1^{er} août 1932 à l'hôpital des enfants où elle est placée salle 1 avec le diagnostic de sténose du pylore.

Il s'agit d'une prématurée née au 7^e mois, probablement hérédo-syphilitique. Elle a commencé à vomir 8 jours après sa naissance, et depuis n'a jamais cessé malgré diverses modifications du régime (allaitement maternel, puis artificiel).

Il s'agit de vomissements en fusée, non verdâtres, qui ont déterminé un état de dénutrition extrêmement marqué.

Examen : Le 2 août 1932 l'enfant est profondément déshydraté ; yeux caves, fontanelles déprimées, peau plissée. Le jour même, on donne toutes les heures et demie un biberon de 50 grammes de lait avec un gramme de belladone. On institue de plus un traitement spécifique (XVI gouttes de lactate d'hydrargyre, frictions mercurielles). Les vomissements se reproduisent de la même manière.

Examen radioscopique : le 3 août, l'estomac se remplit normalement, mais, après quelques contractions, il se vide par vomissements : absolument rien n'est passé dans le duodénum. Le soir, 6 heures après le premier examen, il reste un peu de baryte dans l'estomac ; il n'est rien passé dans le duodénum ou dans le grêle.

Devant cet arrêt absolu du transit, on porte le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore et on intervient d'urgence.

Intervention : le 3 août 1932 à 18 heures (D^r MAGENDIE et POUYANNE). Anesthésie locale, plan par plan à la butelline à 1/400 excellente ; l'enfant qui suce une tétine reste tranquille et ne pousse pas pendant toute l'intervention.

Laparotomie oblique de 4 centimètres cubes à un travers de doigt au-dessus du rebord costal droit. Sous la languette hépatique, le doigt ne sent pas d'olive pylorique ; on attire l'estomac et on voit la lésion constituée par un rétrécissement de la première portion du duodénum, aplatie et comme déprimée dans sa longueur par une bride vasculaire. Celle-ci est identifiée comme étant la partie droite du grand épiploon lequel est réduit à un fin tractus conjonctif transparent et sans graisse. Cette bride prolongeant le grand épiploon sur le pylore, descend le long de la deuxième portion du duodénum qu'elle écrase au passage pour s'insérer sur le mésocolon transverse.

La bride est sectionnée entre quatre ligatures, deux juxta-pyloriques au point de départ, et deux juxta-mésocoliques à son insertion basse.

Aussitôt après cette section, la partie rétrécie du duodénum se dilate nettement, et les gaz de l'estomac peuvent passer dans l'intestin.

Il persiste néanmoins une sorte de sillon de striction à l'endroit où passait la bride.

Comme cette manœuvre paraît avoir néanmoins rétabli

la perméabilité, on borne là l'intervention et on ferme la paroi, en trois plans avec appui de crins profonds.

Suites :

L'enfant rapporté en couveuse reçoit 100 centimètres cubes de sérum sous-cutané. 1 centimètre cube de solucamphre et des lavements quotidiens de sérums salés hypertoniques à 20 pour cent. Le premier jour on lui donne de l'eau sucrée bicarbonatée et du babeure, l'enfant ne vomit pas et paraît mieux comme facies, mais sa température monte à 38 degrés, son pouls à 130. Le second jour, la température continue à monter à 38,7, le facies est moins bon ; sérum glucosé et bicarbonate de Murphy. Enveloppements alcoolisés. Le soir, la température tombe à 38 degrés, le pouls s'améliore, on garde quelque espoir, mais dans la nuit du 5 au 6 août aggravation très rapide et l'enfant meurt le 6 août au matin dans le collapsus.

Pas de liquide dans l'abdomen, ni de signes de réaction péritonéale. L'estomac n'est pas distendu, et la perméabilité a été rétablie par l'opération. On voit encore à peine la trace de la striction provoquée par la bride sur la première portion du duodénum. On précise de nouveau les points d'attache de la bride sectionnée, grâce aux pédicules des ligatures. Pas d'autres malformations.

PATHOGÉNIE DU SYNDROME PYLORIQUE

M. TERRIEN insiste sur la légitimité de cette distinction de la pseudo-sténose pylorique du nourrisson et rattache ce type dans un grand nombre de cas — et notamment dans ceux qui ont été cités plus haut — à l'existence d'une gastrite glaireuse.

Il est hors de doute qu'il existe d'autres facteurs de pseudo-sténose.

I. — LES PSEUDO-STÉNOSES PAR GASTRITE GLAIREUSE

Cette interprétation pathogénique tire son intérêt de l'indication thérapeutique qui en découle.

Ce qui en effet imprime à ce type son caractère spécial, c'est la présence permanente dans l'estomac d'un liquide d'hypersécrétion muqueuse extrêmement abondant. C'est lui qui rend continue la stase gastrique et réveille le spasme émétisant ; c'est lui aussi qui fournira au traitement ses indications principales. A ce liquide glaireux, on a d'ailleurs attribué diverses origines, adénoïdites aiguës, rhinites postérieures, ou salive déglutie pendant la succion du pouce ; en réalité c'est dans l'estomac même que cette sécrétion a pris naissance ; elle est en tout point comparable à

cette gastro-succorrhée avec stase (maladie de Reichman observée dans certaines dyspepsies de l'adulte.

Que le résidu ingéré (dyspepsie) par son séjour prolongé dans l'estomac, joue le rôle d'épine irritative, déterminant ainsi cette hypersécrétion, nul doute à cet égard ; mais c'est celle-ci lorsqu'elle a pris naissance, qui va diriger tout le syndrome.

Spasmodicité excessive et gastro-succorrhée apparaissent donc comme les deux éléments essentiels du syndrome. Toutes les deux d'ailleurs s'enchaînent et s'aggravent réciproquement.

1^o Dans les cas où existe une stase gastrique avec retard à l'évacuation, l'explication devient assez simple : la stase alimentaire et glaireuse provoque la fermeture réflexe du pylore ; celle-ci à son tour exagère la stase et l'hypersécrétion qui accentue le spasme (pyloro-spasme ou gastro-spasme), etc.

Un véritable cercle vicieux se trouve ainsi réalisé. Pour en sortir, il n'existe que deux moyens : soit supprimer l'obstacle pylorique par les moyens médicaux ou chirurgicaux, soit supprimer la sécrétion glaireuse et la stase qui entretiennent cet état spasmodique.

Pour cela, les régimes, dont l'efficacité est certaine, dans les stades qui précèdent, sont devenus maintenant tout à fait inopérants. Pour supprimer stase alimentaire et gastro-succorrhée, il faut de toute nécessité recourir à un moyen mécanique, le lavage de l'estomac. Alors le plus souvent, le spasme (pyloro-spasme ou gastro-spasme) cède comme par en-

chantement et c'est à ce moment seulement que le régime pourra intervenir, pour empêcher l'hypersecrétion de se reproduire.

2^o Dans certains cas cependant, la radio ne montre aucune stase véritable, le spasme ne siège pas spécialement au pylore (gastro-spasme). Mais alors le rôle de l'hypersecrétion gastrique ne paraît pas moins net, c'est elle encore dont la présence exagère ou provoque les contractions de l'estomac, puisqu'il suffit de la tarir, ou de l'évacuer pour calmer aussitôt le spasme émetisant.

Enchaînement des accidents : Mais cette hypersecrétion gastrique n'est pas le premier stade dans la série des accidents observés, et il semble qu'on puisse ainsi apprécier leur enchaînement :

1^o *Dyspepsie et résidu alimentaire*. Tout d'abord il n'y a que dyspepsie du lait avec persistance anormale dans l'estomac d'un résidu lacté indigéré.

A cette période, c'est le résidu qui est la cause des accidents ; il suffit le plus souvent de changer l'aliment pour le voir disparaître ;

2^o *Gastrite et hyperfonctionnement*. La persistance anormale de ce résidu alimentaire dans l'estomac y provoque bientôt une sorte d'excitation et d'hyperfonctionnement, celui-ci se traduisant à la fois par une contractilité musculaire excessive (spasme) et par une exagération de sa sécrétion muqueuse.

Dans cette phase les signes d'intolérance gastrique sont déjà plus accusés : ils peuvent cependant céder

encore au régime et à la disparition du résidu alimentaire ;

3^o *Hypersécrétion permanente*. Peu à peu cependant cette hypersécrétion tend à devenir permanente ; elle se produit en présence de tout aliment et non plus en présence seulement d'un résidu lacté.

C'est à cette période, en général que se trouve réalisé le type de gastrite glaireuse avec pseudo-sténose. Il a semblé que la connaissance de ces faits permettrait en quelque sorte de situer ce type d'intolérance dans le cadre des dyspepsies, et d'en tirer les conséquences thérapeutiques nécessaires.

Discussion. Cette conception d'une hypersécrétion permanente entraînant le pyloro-spasme ou gastro-spasme est-elle inattaquable ?

Dans l'esprit même de cet auteur, elle ne fut jamais qu'une conception thérapeutique réellement efficace.

Ce qu'on peut dire, c'est que les choses se passent comme si cette conception était exacte que les résultats « semblent » justifier qu'elle mérite donc pour le praticien d'être conservée puisqu'elle apporte une conception thérapeutique.

II. — LES PSEUDO-STÉNOSES D'UNE AUTRE NATURE

Dans le cas de M. CATHALA le tableau de sténose pylorique s'est effacé après qu'on eût mis l'enfant, au cours de sa digestion, couché sur le ventre.

Seule une action mécanique, gênant l'évacuation

pyloro-duodénale supprimée par le décubitus ventral est capable de provoquer un tel syndrome.

Remarquons cependant que M. CATHALA ne tranche pas : « On pense à la compression du duodénum par le mésentère, mais dans notre cas l'exploration radiologique n'a montré ni dilatation ni stase duodénale.

« Nous croirions volontiers que la mobilité anormale de la portion libre du duodénum soit par défaut d'accolement, soit par augmentation de sa longueur peut être incriminée. De cela, nous ne pouvons fournir la preuve. (CATHALA.) »

III.—PSEUDO-STÉNOSES DE PATHOGENIE INCONNUES, MAL CONNUES OU IMPRÉCISES

Il semble que ce soit sous une telle rubrique, que doivent être classées un certain nombre de pyloro-spasmes graves, de pseudo-sténoses pyloriques.

Ce sont tous les cas, où on ne saurait invoquer comme étiologie ou pathogénie qu'un spasme de l'estomac. Pour nombre d'auteurs, ces états gastriques avec vomissements incessants et rebelles relèvent d'un gastro-spasme émétisant. Celui-ci à son début reconnaît des erreurs de diététique souvent, mais dans bien des cas aussi, l'origine reste inconnue : ces cas sont de beaucoup les plus difficiles à expliquer. D'où la nécessité de rechercher chez ces enfants, une cause générale qui serait à la base de ces états ; aussi les hypothèses qu'on a faites, sont-elles nombreuses et pour bien dire imprécises.

Les éléments invoqués jouent certainement, mais il est bien difficile de préciser dans quelle mesure. C'est cette impossibilité de jugement quant à leur quantité d'action, qui les différencie des hypothèses faites par MM. TERRIEN et RIBADEAU-DUMAS.

Dans les cas considérés par ces auteurs, l'hypothèse pathogénique est pour ainsi dire confirmée par les résultats heureux et immédiats du traitement : dans ces cas, en effet, la guérison est totale d'emblée sans qu'on puisse faire intervenir, dans l'état actuel de nos connaissances, un autre facteur que celui qui est invoqué.

On ne saurait dire qu'il en est de même dans les cas où un état nerveux héréditaire, un état d'hyper-vagotonie, un état de tétanie sont envisagés ; il semble bien que dans ces cas, il n'y ait qu'une partie, et une partie seulement de la guérison qui puisse être reportée au traitement, quand celui-ci a été dicté par des considérations de pathogénie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du syndrome pylorique se confond avec celui des vomissements chez le nourrisson.

Mais il est bien évident que l'idée d'une pseudo-sténose, étant donnée la relative rareté des cas, ne sera à discuter qu'après qu'on aura éliminé tous les vomissements, qui, d'une part ne relèvent pas d'une origine digestive, et qui d'autre part, ne réalisent pas le syndrome pylorique.

La physiologie du vomissement explique bien la banalité du syndrome : on a pu dire qu'il n'est pas un organe dont le dysfonctionnement ne puisse retentir plus ou moins directement sur le centre émétisant. Un examen complet du nourrisson est donc nécessaire, l'étude de la fonction digestive n'en sera que l'acte terminal.

I. — ÉLIMINATION DES VOMISSEMENTS D'ORIGINE NON DIGESTIVE

Il convient dès le début de reconnaître le vomissement : éliminer la régurgitation, le vomissement œsophagien, un méricysme plus rare. Le plus souvent, ce

n'est que par l'interrogatoire qu'on pourra l'établir, et déjà, pendant le court temps que cette enquête aura pris, on aura pratiqué un *examen général*, dont les résultats ne sont pas à négliger : on aura pu noter la parfaite symétrie des mouvements, l'aspect plus ou moins floride de l'enfant, on aura pu estimer et même demander aux parents, son poids et sa taille, son âge, et parfois déjà, chez un nouveau-né l'idée d'une imperforation aura pu être envisagée.

A mesure que le déshabillage découvre l'enfant, la vue des téguments permet déjà l'élimination des fièvres éruptives, et dès que les membres délivrés de la contrainte des vêtements sont libres d'être mus avec aisance, il est pour ainsi dire comme une action réflexe de rechercher un Kernig ; ce qui chez l'enfant permet d'écarter une méningite ou même une réaction méningée.

L'examen de l'abdomen est un des temps les plus importants de l'observation ; c'est presque instinctivement qu'on aura porté la main au niveau de l'appendice, et qu'une palpation prudente aura recherché une contracture même légère, et que les orifices pouvant donner issue à une hernie (orifices inguinaux surtout) auront été examinés ; la percussion terminera l'examen de l'abdomen, fera connaître les volumes du foie, de la rate ; le toucher rectal enfin éliminerait une invagination intestinale possible.

Ce n'est qu'en dernier lieu qu'on pratiquera *l'examen de l'appareil respiratoire*. Une auscultation et une percussion soigneuse permet de ne pas ignorer en

général, un foyer de broncho-pneumonie, un épanchement pleural. Mais on n'oubliera pas pour bénignes qu'elles soient, les affections fébriles des voies respiratoires supérieures : une angine, une adénoïdite après laquelle peut survenir une otite n'échapperont pas à un examen de la gorge, qui en provoquant les cris de l'enfant pourront mettre en évidence une laryngite, et parfois même une coqueluche, dont on n'ignore pas la toux émetisante.

II. — ÉLIMINATION DES VOMISSEMENTS D'ORIGINE DIGESTIVE, MAIS NE RÉALISANT PAS LE SYNDROME PYLORIQUE.

Mais dans les cas qui nous intéressent, c'est sur le tube digestif, que portera essentiellement l'examen : les recherches si longues, énumérées précédemment, n'ayant donné que des résultats négatifs, on sera obligé d'admettre que l'intolérance digestive dénoncée par le vomissement, est primitive, c'est-à-dire liée à un fonctionnement défectueux de l'appareil digestif.

Dès le début de l'interrogatoire, un point capital du diagnostic est précisé : c'est de vomissements qu'il s'agit avant tout, ce qui élimine d'emblée toutes les affections digestives où ceux-ci ne sont point la note dominante, toutes les diarrhées accompagnées de vomissements.

Une étude plus approfondie du vomissement, une enquête sur l'alimentation, les antécédents digestifs

du nourrisson, la recherche des caractères des selles, amènent à écarter assez rapidement tout ce qui ne réalise pas le syndrome pylorique.

Ainsi c'est avec facilité que les vomissements de dyspepsies simples, dont le tableau clinique est loin de présenter l'acuité de celui réalisé par une pseudo-sténose, sont éliminés :

Un petit malade, de six mois environ, alimenté normalement jusque là, et recevant 900 grammes de lait de vache régulièrement en six biberons régulièrement espacés au cours de la journée, est présenté à la consultation.

Son aspect général est bon, son poids de très peu au-dessous de la moyenne : « il n'a pas pris » dans la semaine précédente, et on ne l'a présenté au médecin que parce qu'il a vomi la veille.

On apprend par l'interrogatoire, que depuis quelque temps, il avait du mal à finir les biberons qu'on lui donnait, et même depuis 8 jours il ne les finissait plus.

Le vomissement pour lequel on vient consulter, a été précédé depuis trois jours de quelques régurgitations qui n'ont pas alarmé outre mesure l'entourage.

Ce vomissement est survenu une demi-heure après l'ingestion alimentaire, le petit malade n'a rendu que du liquide peu teinté mélangé de grumeaux, sans glaires ni mucus.

Tendance à la constipation en général, la dernière selle était particulièrement malodorante.

A l'examen, on ne parvient à découvrir qu'un léger érythème fessier, abdomen très peu ballonné.

Un régime approprié suffira, et tout rentrera dans l'ordre en quelques jours.

Il n'en est pas de même, cependant, pour un autre petit malade qui réalise par l'ensemble de signes qu'il

présente, le tableau de la maladie des vomissements habituels : le diagnostic des cas de pseudo-sténose est encore facile, l'ensemble est pourtant légèrement alarmant.

Un enfant de quatre mois, est apporté à la consultation, il a déjà présenté quelques troubles digestifs, petites régurgitations, vomissements même, mais qui n'avaient pas inquiété les parents, car l'aspect et le poids restaient satisfaisants, l'enfant n'est présenté aujourd'hui que parce que les troubles ont atteint une intensité inusitée.

Depuis huit jours environ, l'enfant vomit presque après chaque biberon. On parvient à faire préciser que c'est en moyenne une heure après la prise alimentaire que le vomissement survient ; le contenu du biberon du matin est cependant intégralement gardé.

L'enfant n'est alimenté qu'au lait de vache pur, il rend au cours de ces vomissements un liquide clair, filant, assez visqueux, mélangé de caillots assez gros : odeur de beurre rance.

Les selles ne sont pas normales : il y a trois jours, le petit a eu trois selles au cours de la journée, les deux jours précédents une seule selle panachée et grumeleuse.

L'examen général montre une légère dénutrition, l'enfant est amaigri.

Il s'agit là évidemment d'un tableau plus grave que le précédent — plus résistant à la thérapeutique aussi.

Une radio montre pourtant l'absence de toute stase gastrique, et l'estomac est vide après deux heures. On recherchera la syphilis chez les parents, on prescrira un régime de petits repas épaissis et même si ce régime améliorerait l'état général et les vomissements, il ne faudrait pas s'étonner de voir dans la suite ces derniers reprendre et gêner assez longtemps la croissance du sujet.

La communication relativement récente de MM. LELONG et AIMÉ, à la *Société de Pédiatrie*, permet de fixer la clinique du vomissement par aérophagie : ce sont des vomissements par distension, survenant le plus souvent chez des enfants préparés, en quelque sorte, par un état dyspeptique ou nerveux particulier.

Ce sont des vomissements qui surviennent peu de temps après les tétées, plus ou moins abondants, et qui n'amènent pas de dénutrition par trop grave, et qui en aucun cas ne réaliseraient le syndrome pylorique : « leur aspect radiologique est bien différent de celui qui se présente lorsque celui-ci lutte contre un obstacle mécanique : au moment du vomissement, le pylore s'ouvre largement, et normalement, en synchronisme parfait avec une contraction physiologique de l'antre ».

Et de plus dans ces cas encore, l'épreuve du traitement confirme le diagnostic de vomissement par aérophagie.

La suppression de la cause entraîne la suppression de l'effet : en supprimant la distension gastrique par un régime de repas épaissis, on peut parvenir à supprimer le vomissement, on peut enfin favoriser l'évacuation de la poche à air gastrique par la mise en décubitus latéral gauche de l'enfant au cours de sa digestion gastrique, et si par hasard ces moyens ne suffisaient pas, il suffirait de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage pour supprimer la distension aérique.

Toutes ces sortes de vomissements étant éliminés,

on pourra affirmer qu'on se trouve bien en face d'un syndrome pylorique.

Celui-ci relève alors ou d'une pseudo-sténose (traitement médical en général suffisant), ou d'une sténose vraie (le traitement chirurgical est alors au plus haut point indiqué).

Malheureusement, le diagnostic, en pratique reste encore difficile à trancher.

Les vomissements, si particuliers soient-ils, l'amai-grissement, le retour des selles à l'état méconial s'observent dans les deux cas.

Les signes qu'on a donnés pour pathognomoniques sont trompeurs : la constatation de l'existence d'une tumeur pylorique, de mouvements péristaltiques, ne sauraient apporter la certitude.

La radiologie, enfin, dans un certain nombre de cas s'est montrée incapable de trancher le diagnostic.

Le cathétérisme de l'estomac met en évidence une même stase.

Mais par contre, nous avons vu que dans certains cas, le lavage de l'estomac, par son action rapide et décisive, enlevait tous les doutes, de même dans le cas rapporté par M. CATHALA la mise en décubitus ventral amena une évolution heureuse :

Ces procédés de traitement s'élèvent donc à la hauteur d'une véritable épreuve diagnostique. On ne saurait les négliger.

LE TRAITEMENT

Les vomissements de la pseudo-sténose, pour difficilement réductibles qu'ils soient, relèvent cependant à leur début tout au moins, de la thérapeutique habituelle des vomissements.

Contre ces derniers, on a mis en œuvre des traitements diététiques et médicamenteux.

Les modes de traitement diététiques sont très nombreux : le choix de la thérapeutique dépend uniquement du cas considéré. Il est impossible de peser et de décrire ici, les indications particulières à chacun d'eux. D'autre part comme l'évolution de la maladie dans le sens de la guérison est assez rapide quand le malade réagit au traitement, il convient de ne pas hésiter à changer des prescriptions dont l'efficacité tarde à se montrer, de ne pas hésiter non plus à les modifier ou les mieux adapter au cas considéré.

Le traitement médicamenteux, hormis le traitement spécifique, dans certains cas doit être considéré comme un adjuvant non négligeable du traitement diététique.

LE RÉGIME

Le régime seul peut suffire dans certains cas. Il empêche la formation du résidu indigéré ou le fait disparaître, et avec lui disparaissent ses conséquences, l'hypersécrétion et le spasme.

Deux directives devront guider le praticien dans l'application du traitement :

Il faut alimenter l'enfant malgré les vomissements.

Il faut revenir dès que possible à l'alimentation idéale du nourrisson : au lait de femme.

Enfin pour prescrire le traitement, il convient :

1^o de faire le choix de l'aliment,

2^o d'en dicter la ration,

3^o d'en préciser le mode d'administration.

I. — Le choix de l'aliment dépendra de deux facteurs :

L'alimentation antérieure de l'enfant d'une part, son âge d'autre part.

Si l'enfant était au sein, le mieux sera de régler cet allaitement : si les vomissements continuaient, on devrait faire pratiquer l'analyse du lait, et rechercher un excès de beurre qui pourrait être à l'origine des vomissements.

Si l'enfant était soumis à l'allaitement artificiel, on lui donnera dans l'ordre de préférence : lait de femme, lait d'ânesse, laits modifiés et dérivés du lait.

Les laits modifiés généralement recommandés sont

les laits écrémés sucrés préconisés par M. MARFAN, le lait évaporé recommandé par M. MAILLIET, et dont une de nos observations montre les bons résultats ; les laits fermentés recommandés par MM. WEIL et PÉHU : kéfir maigre par exemple, alcalinisé à l'eau de chaux.

Les dérivés du lait, babeurre et soupe de babeurre réussissent assez souvent. On les trouve dans le commerce, ainsi que les laits écrémés partiellement ou totalement, sous deux formes : laits en poudre, ou concentrés : soupe au babeurre au riz, lait Dryco, etc.

Il convient enfin de faire mention des repas sans lait, repas épaissis préconisés par M. TERRIEN.

Le mode d'action de ces repas épaissis a été bien étudié, nous l'avons vu, par M. LELONG : M. TERRIEN, dans son livre en donne la technique : la proportion optima indiquée par lui est de deux cuillerées de crème de riz pour 150 cc. d'eau à laquelle on a ajouté deux morceaux de sucre. Ces bouillies sont données d'abord en quantité réduite : une bouillie dans la journée, une cuillerée chaque heure, puis en quantité croissante, jusqu'à trois bouillies auxquelles il est possible d'ajouter du lait dans la suite. Les bouillies maltées elles-mêmes, peuvent donner des résultats ainsi qu'il ressort de l'observation de M. CATHALA.

II. — La quantité prescrite de l'aliment dépend de l'alimentation antérieure du nourrisson, de son état de dénutrition, du degré enfin de son intolérance gas-

trique : il est évidemment difficile de faire la part respective de ces trois éléments de jugement : en règle cependant, la diète (ration réduite prolongée) ne fait pas partie du traitement de l'intolérance gastrique : en général, les rations réduites au début sont accrues dans la suite. (L'extrême de cette réduction est représenté par la diète hydrique totale, dans les cas de vomissement, il n'est jamais besoin de la prolonger plus de six heures).

III. — Chacun des modes de prescription que nous allons exposer est susceptible d'être appliqué à chacun des aliments déjà cités. Plusieurs d'entre eux ont suscité une hypothèse, quant à leur mode d'action, importante au moins du point de vue mnémotechnique.

La méthode des gros repas espacés, consiste par exemple à donner la ration totale des 24 heures en cinq repas : ceux-ci agiraient par les longs intervalles des repas qu'ils permettent à l'estomac, en réalisant une ration alimentaire normale.

La méthode des petits repas alternés consiste à augmenter le nombre des repas, du simple au double par exemple, et alterner soit eau, soit bouillon de légume, en cas de diète partielle et l'aliment prescrit.

Cette méthode sera particulièrement intéressante, lorsque le nourrisson est alimenté au lait de femme, elle permettra à la sécrétion lactée de ne pas tarir, le retour à l'alimentation normale sera plus facile. Ce

mode d'administration enfin comporte tous les avantages de la *méthode des petits repas répétés*.

Cette méthode consiste à fractionner la ration alimentaire quotidienne, en un nombre de repas toujours supérieur à six, l'extrême de cette méthode étant représentée par l'administration au compte-goutte toutes les trois ou quatre minutes. Il est évident que cette technique permet de donner à l'estomac un repos maximum, compatible avec l'alimentation.

Un mode particulier de prescription des petits repas répétés est la *méthode des petits repas répétés épaissis* dont nous avons déjà parlé. A partir de l'âge de trois mois, le nourrisson peut supporter des hydrates de carbone dans sa ration ; l'introduction de farines dans ses aliments donne à ceux-ci une consistance plus grande, ce qui permet, ainsi que M. LELONG l'a vu, de supprimer le facteur aérophagie : on peut d'ailleurs espérer obtenir par là, un changement d'orientation du chimisme intestinal qui peut améliorer la nutrition.

La nécessité de rester dans notre sujet, nous impose de traiter succinctement cette partie très importante de la thérapeutique des vomissements sans exemple qui en facilite la compréhension.

Nous ferons remarquer cependant la souplesse de ces différentes méthodes et la facile transition possible de l'une à l'autre, combien il est facile de revenir à la normale, combien il est possible de tâtonner, de rechercher par l'application successive de ces diffé-

rentes méthodes, celle d'entre elle qui donnera les les résultats les meilleurs.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le traitement diététique sur lequel nous nous sommes relativement étendus, ne doit pas faire oublier le traitement médicamenteux : en premier lieu, il convient de citer le traitement antisyphilitique ; la médication mercurielle sera le plus souvent mise en œuvre : soit sous la forme de frictions mercurielles, soit sous forme d'ingestion de la solution de lactate d'hydrargyre à 1/1000 (VI gouttes par jour et par kilogramme, en trois fois dans un peu de lait).

Les médications antiémétiques fourniront un concours qui ne sera pas négligeable :

sous nitrate de bismuth,

citrate de soude,

eau de chaux,

qui seront prescrits avant ou après les repas. Une place importante revient à la belladone antispasmodique qui est aussi un médicament capable d'agir en tarissant les sécrétions intestinales et gastriques. Associée en potion par de nombreux auteurs, au bicarbonate de soude et au bromure de sodium, elle sera donnée sous forme de teinture, le plus souvent à la dose de III gouttes jusqu'à l'âge de deux mois, IV gouttes jusqu'à quatre mois, VI gouttes pour un nourrisson plus âgé.

LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS PAR AÉROPHAGIE

Les pages qui ont précédé ont montré qu'il existait des moyens plus spéciaux dont relevaient les vomissements par aérophagie.

C'est à eux qu'on aura recours après échec de la diététique. On mettra en œuvre les moyens indiqués par M. LELONG :

Repas épaissis, combinés avec la mise en décubitus latéral gauche après les repas et si ces procédés ne réussissaient pas, on pourrait avoir recours au cathétérisme de l'œsophage. Si encore après ce traitement, aucun résultat n'était obtenu, le diagnostic de syndrome pylorique posé, il faudrait sans tarder mettre en pratique le lavage de l'estomac.

Le lavage de l'estomac chez le nourrisson

Celui-ci constitue une thérapeutique déjà ancienne dont relève la sténose pylorique. Les vomissements habituels eux-mêmes relèvent de ce traitement, mais dans les cas qui nous intéressent, il prend une valeur considérable : son efficacité est telle qu'il peut être considéré comme un traitement d'épreuve.

Technique. — La technique du lavage de l'estomac est décrite en de nombreux endroits. Elle mérite cependant d'être reprise, afin de préciser quelques

points : la possibilité du cathétérisme de l'estomac et de l'œsophage par l'un des orifices nasaux, la conduite à tenir après le lavage.

Opération simple par le matériel employé, et par les difficultés peu nombreuses qu'on rencontre généralement au cours de l'intervention.

Le matériel indispensable consiste : *en une sonde molle de Nélaton.*

M. TERRIEN précise : pour un enfant d'un mois N° 18, de deux mois N° 19, de trois mois N° 20 ou 21.

Un ajutage de verre permettant de joindre la cavité de la sonde à celle d'un *tuyau de caoutchouc* relié lui-même à un *entonnoir*.

La contenance possible de cet entonnoir est indifférente, il suffira de toujours connaître quelle quantité de liquide on aura porté dans l'estomac.

Enfin on aura fait préparer de *l'eau bouillie bicarbonatée* à 1/100 à 38°.

On installera l'enfant sur les genoux d'un aide, celui-là couché ou assis selon la préférence de l'opérateur. On s'adaptera au mieux des circonstances locales. L'aide et l'enfant seront protégés par des alèzes convenablement disposées, de toute souillure possible par le liquide de lavage ou les vomissements qui peuvent toujours survenir.

A terre une cuvette ou un seau permettra de recueillir les eaux du lavage.

Le premier temps de l'intervention consistera dans le repérage du point de la sonde qui atteindra l'arcade dentaire. Il importe en effet de savoir avec

certitude, que l'extrémité de la sonde se trouve bien dans la cavité de l'estomac : ce repérage n'est pas nécessaire dans le gavage, mais il n'en est pas de même dans le lavage où l'effet de siphon doit être possible.

La distance à marquer à partir de l'extrémité perforée de la sonde sera mesurée en portant celle-ci sur l'enfant : l'orifice de celle-ci étant à l'épigastre, le point marqué sera celui qui répondra au front.

La sonde est introduite dans la bouche sur la langue du nourrisson : elle progresse doucement, tété par celui-ci et il suffit le plus souvent de la maintenir en place en la poussant très légèrement. Il peut arriver que la sonde bute sur un obstacle : quel qu'il soit en général il n'est que de maintenir la sonde sans augmenter la poussée : l'obstacle fuira devant celle-ci, soit dans un mouvement de toux, soit dans un mouvement de déglutition. Au cas où l'enfant aurait tendance à mâchonner, ou plus simplement à serrer la sonde, il suffirait de maintenir l'écartement des arcades dentaires par un objet quelconque.

L'introduction de la sonde par le nez, ne présente pratiquement pas plus de difficulté. Dans ce mode d'opérer, il conviendra de lubrifier la sonde abondamment, les frottements, en effet, sont plus grands. Il suffira d'enfoncer la sonde parallèlement au plan de la voûte palatine, horizontalement si l'enfant est tenu debout. L'extrémité de la sonde s'infléchit sur la paroi postérieure du pharynx, et atteint facilement l'orifice œsophagien.

Pendant toute la durée de cette petite intervention, il convient d'observer les réactions du nourrisson : le cri ne doit pas s'étouffer, l'enfant ne doit pas se cyanoser, ni présenter de tirage.

Au cas où il surviendrait un incident : cyanose au cours des deux modes de pratiquer, apparition de l'extrémité de la sonde dans la bouche dans le cathétérisme nasal, il suffirait de retirer la sonde et de recommencer.

Après un temps d'arrêt, pour permettre de bien observer le nourrisson, le lavage de l'estomac proprement dit est pratiqué.

L'entonnoir est porté à 50 centimètres cubes environ au-dessus du plan de l'estomac du sujet, on y verse une quantité d'eau variable selon l'âge, jusqu'à 100 centimètres cubes.

Pour amorcer le siphon constitué par le système : sonde-tube-entonnoir, il suffit de pincer à un endroit assez proche de l'entonnoir le tube de caoutchouc, avant qu'il ne se soit vidé d'eau en cet endroit, et de porter ce point à un niveau inférieur à celui de l'estomac du sujet.

L'estomac est vidé de son contenu, qui ramène avec lui les résidus alimentaires qui encombraient la cavité, ainsi que les glaires filantes diluées dans l'eau du lavage.

Il est un point généralement laissé dans l'ombre par la majorité des auteurs. Il semble d'après ce qu'on a écrit, qu'il est d'usage, le lavage terminé,

de mettre le nourrisson au repos et de ne reprendre l'alimentation que dans les heures qui suivent.

M. TERRIEN n'hésite pas à alimenter immédiatement le nourrisson, à faire suivre le lavage d'un gavage, par la même sonde restée en place. Il est impossible d'affirmer que les suites heureuses que nous avons dites, en découlent. Il est possible toutefois, après les travaux de MM. LELONG et AIMÉ d'affirmer que ce procédé empêche la formation de la poche aérique, supprime la distension qu'elle provoque, et donne à l'enfant d'autant plus de chances de conserver le lait ingéré.

Ce lavage-gavage sera répété autant de fois qu'il sera nécessaire pour qu'un résultat certain puisse être constaté : jamais on n'hésitera à pratiquer un nouveau lavage si les vomissements reprenaient. Il fut répété jusqu'à 3 fois dans la journée dans le cas de notre observation III. Cependant (observation de M. TIXIER), il convient de ne pas oublier que le lavage de l'estomac est un traitement d'épreuve ; l'éventualité d'une sténose hypertrophique, sera d'autant plus à considérer que le petit malade réagira plus mal au traitement.

LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE POSTURE

Il est pourtant une dernière hypothèse qui sera indiquée après l'échec des lavages de l'estomac et avant d'envisager encore celle de sténose et sa conséquence l'intervention chirurgicale.

C'est l'hypothèse de vomissements de posture. Ainsi en fut-il dans l'observation de M. CATHALA. Dans ce cas, le problème sténose ou pseudo-sténose se posait avec une acuité toujours plus grande après l'échec de toute thérapeutique.

La guérison fut obtenue par la mise en décubitus ventral du nourrisson après les tétées.

Il semblerait à première vue plus logique de mettre ce traitement en pratique avant ceux qui précèdent. Il y aurait pourtant un inconvénient à pratiquer de la sorte : ces cas étant mis en évidence autant par l'inefficacité des autres traitements que par l'efficacité de ce dernier, on n'aurait jamais la certitude d'être en présence de vomissements de posture.

POSSIBILITÉ D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES CAS DE PSEUDO-STÉNOSE

Après échec de toutes ces modalités de traitement, le diagnostic de sténose pylorique s'impose. Et pourtant il semble encore possible de croire à celui de pseudo-sténose. Ainsi en était-il dans le cas rapporté par M. ROCHER. La guérison complète, dans cette observation a suivi le traitement chirurgical.

M. POUCEL dans son livre, M. ROCHER dans les commentaires qui suivent le cas qu'il rapporte, envisagent le traitement chirurgical des cas irréductibles par les moyens médicaux.

Dans les cas où on pencherait à admettre le traite-

ment chirurgical des pseudo-sténoses, il semble qu'on pourrait appliquer au syndrome pylorique, les indications que M. PÉHU proposait pour la sténose hypertrophique.

« Suivant nous, on doit accepter l'idée d'une intervention dans les deux éventualités suivantes :

d'une part, si la maladie a débuté précocement dès les tout premiers jours de la vie ; on se basera sur l'amaigrissement rapide prononcé, les signes cliniques d'imperméabilité très accusée du pylore, la rareté ou l'absence des selles, les résultats fournis par l'examen radioscopique ;

si, d'autre part, au bout de quinze ou vingt jours une déchéance se produit et continue, si en un mot le traitement médical méthodiquement institué est impuissant à combattre les signes fonctionnels, et surtout la perte progressive de poids » (WEILL et PÉHU).

CONCLUSIONS

1^o Les pages qui ont précédé ont montré la difficulté du diagnostic entre les formes graves, difficilement réductibles des vomissements du nourrisson et la sténose hypertrophique.

Pour des raisons de pratique médicale, M. TERRIEN décrit les cas extrêmes des vomissements et les sténoses hypertrophiques en un même tableau de syndrome pylorique : celui-ci relève des sténoses vraies et des sténoses fonctionnelles que M. TERRIEN appelle des pseudo-sténoses. Ce terme marque mieux que tout autre l'incertitude du diagnostic et de la thérapeutique entre ces deux syndromes.

2^o Avec tous les auteurs, M. TERRIEN insiste sur l'importance de l'épreuve du traitement dans le diagnostic du syndrome pylorique, et celui des sténoses vraies ou fonctionnelles.

3^o M. TERRIEN, se basant d'une part sur l'abondance des glaires dans certains vomissements, et la réaction particulière au lavage de l'estomac, décrit une forme clinique de pseudo-sténose : la pseudo-sténose par gastrite glaireuse.

4° Le lavage de l'estomac chez le nourrisson, dont on a jadis abusé est maintenant méconnu injustement. Il ne mérite ni cet excès d'honneur, ni cette indignité : il a donné d'excellents résultats qui méritent d'être retenus.

Vu : Le Doyen,	Vu : le Président de Thèse,
ROUSSY.	R. DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- TERRIEN (E.). — *Société de Pédiatrie*. Les pseudo-sténoses pyloriques chez le nourrisson, 19 novembre 1929.
- TERRIEN (E.). — *Presse médicale*. Gastrite glaireuse et pseudo-sténose pylorique chez le nourrisson, 15 janvier 1930.
- TERRIEN (E.). — *Précis d'alimentation des nourrissons*, Masson et C^{ie}.
- TERRIEN (E.). — *Le journal des praticiens*, 12 décembre 1925. L'intolérance gastrique des nourrissons.
- TERRIEN (E.). — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XXV, *Pédiatrie*, 2^e vol. Thérapeutique.
- MARFAN. — Les affections digestives de la première enfance.
- WEILL et PÉHU. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. T. XXXIV, 2^e vol. Sténose pylorique.
- TIXIER et LEBERT. — *Pédiatrie*, 1930, p. 177. Les dangers du traitement médical systématique. Les difficultés du diagnostic clinique de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.
- ROCHER. — *La Pédiatrie pratique*, 25 septembre 1931. Syndrome de sténose hypertrophique sans sténose.
- MAILLIET. — *Société de Pédiatrie*, 17 décembre 1929. De l'emploi du lait évaporé dans les vomissements par pylorospasme des nourrissons.
- NINA GRIGOUROFF. Le lait évaporé dans les vomissements habituels du nourrisson (Thèse 1930).
- CATHALA. — *Société de Pédiatrie*, 18 décembre 1934. Sténose fonctionnelle pyloro-duodénale du nourrisson.
- BARNAUD (M^{lle}). — Sur les vomissements de la première enfance qui disparaissent dans certaines postures (Thèse Paris 1934).

MAGENDIE et POUYANNE (de Bordeaux). — *Revue de Pédiatrie* 1934. Tableau de sténose pylorique réalisé par bride duodénale congénitale.

LELONG (Marcel) et AIME (Paul). — *Société de Pédiatrie*, 19 mars 1935. Etude physio-radiologique de l'aérophagie du nourrisson. Conditions de l'ingestion de l'air et son évacuation ; déductions thérapeutiques.

POUCEL. — La sténose pylorique, Maloine, éditeurs.

RIBADEAU DUMAS. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XXXIV, vol. II. Vomissements.

BREON (Pierre). — Contribution à l'étude des vomissements des nourrissons (Thèse Paris, 1927).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT--PROPOS	9
Le syndrome pylorique du nourrisson	11
Le vomissement	11
La stase.....	13
La dénutrition.....	13
Les signes accessoires	13
Le cathétérisme et la radiologie	14
Evolution du syndrome pylorique	17
Quelques cas de syndrome pylorique.....	20
Observations de M. TERRIEN.....	20
Observation de MM. TIXIER et LEBERT	23
» de M. MAILLIET.....	26
» de M. ROCHER	27
» de MM. CATHALA et GUYEN	30
» de MM. MAGENDIE et BOUYANNE	35
Pathogénie du syndrome pylorique	38
Les pseudo-sténoses par gastrite glaireuse.....	38
Les pseudosténoses d'une autre nature	41
Les pseudo-sténoses de pathogénie inconnue	42
Pathogénie mal connue ou imprécise.....	42
Diagnostic	44
Elimination des vomissements d'origine non digestive ..	44
Élimination des vomissements d'origine digestive, mais ne réalisant pas le syndrome pylorique	46
Traitement	51
Le régime	52
Le traitement médicamenteux.....	56
Le traitement des vomissements par aérophagie.....	57

Le lavage de l'estomac chez le nourrisson.....	57
Technique.....	57
Le traitement des vomissements de posture.....	61
Possibilité d'une intervention chirurgicale dans les cas de pseudo-sténose	62
CONCLUSIONS.....	65